

СОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГЕРНИОЛАПАРОТОМИИ

Меламед В.Д.¹, Лазаревич С.Н.², Сугоняко Ю.В.², Воронович А.Г.²

¹- УО «Гродненский государственный медицинский университет»

*²- УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи
г. Гродно», Гродно, Беларусь*

Актуальность. Достаточно высоки и, одновременно, противоречивы показатели осложнений со стороны передней брюшной стенки (ПБС) у больных после грыжесечений по поводу послеоперационных грыж ПБС с использованием полипропиленового протеза – от 8 до 42%. Диагностика этих осложнений (сером, гематом, нагноений) основана на инструментальном (зондом, зажимом, катетером и т. д.) исследовании раны, когда, кроме болезненных ощущений пациента, присутствует достаточно весомый фактор возможности дополнительного инфицирования раны. Альтернативой может быть ультразвуковое исследование области оперативного вмешательства [1].

УЗИ позволяет с минимальными затратами и без ионизирующей лучевой нагрузки выявлять послеоперационные осложнения в виде жидкостных скоплений и инфильтратов, не имеющих клинические проявления. Особое место занимает выявление гнойно-воспалительных изменений (абсцессов, флегмон), что позволяет вовремя выявить эти осложнения и предотвратить распространение и генерализацию процесса. Несомненно, важным является возможность мониторинга мягких тканей передней брюшной стенки у пациентов после грыжесечения с комбинированной пластикой сетчатым эндопротезом.

Цель – оценить возможности ультразвукового исследования при диагностике осложнений со стороны мягких тканей после грыжесечений по поводу послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ).

Методы исследований. УЗИ ПБС выполнено на аппарате Medison x8 в В-режиме датчиками конвексным частотой 3,5 – 5,0 МГц и линейным частотой 7,5 – 9,0 МГц у 10 пациентов, оперированных в клинике по поводу ПОВГ. Объем оперативного вмешательства – герниолапаротомия, комбинированная пластика местными тканями с полипропиленовым эндопротезом. У всех пациентов имело место ожирение различной степени, у 3-ех больных – сахарный диабет 2-го типа.

Результаты и обсуждение. У всех пациентов при сонографии визуализировался сетчатый эндопротез в виде гиперэхогенной линейной структуры. Ограниченные жидкостные скопления диагностированы в 9 (90%) случаях, как правило, они имели вытянутую форму и локализовались как над, так и под протезом. Их размеры варьировали от 1 до 6 см в диаметре длиной от 2 до 120 см. Структура жидкостных образований была преимущественно анэхогенная диффузно неоднородная. У 7 (70%) пациентов жидкостное скопление сопровождалось наличием инфильтративно-воспалительных изменений. У 2 (20%) больных отмечен выраженный отек мягких тканей в виде узких жидкостных полосок (толщиной до 1,0 - 1,3 мм) между мышечными волокнами и жировыми дольками. У 1 (10%) пациента было диагностировано наличие гемато-

мы. Учитывая наличие ожирения у всех пациентов, дать объективную оценку состояния послеоперационной раны и окружающих тканей представлялось затруднительным. В связи с чем исследования зондом, пункции в зоне послеоперационной раны осуществлялись, исходя из имевшей место сонографической картины.

Прогностическая ценность УЗИ зоны оперативного вмешательства при диагностике жидкостных образований составила 100%. Изучение динамики послеоперационных изменений в зоне оперативного вмешательства с помощью УЗИ позволяло на ранних стадиях определять не проявляющиеся клинически послеоперационные осложнения (инфильтраты, жидкостные скопления) до развития гнойного процесса.

Выводы. Полученные результаты показывают высокие диагностические возможности сонографии в выявлении осложнений со стороны мягких тканей ПБС после грыжесечения по поводу ПОВГ, что позволяет исключить немотивированное инструментальное исследование послеоперационной раны, препятствуя тем самым возможности дополнительного инфицирования. Ультразвуковой мониторинг состояния мягких тканей в области послеоперационной раны позволяет диагностировать жидкостные скопления, гематомы и инфильтративно-воспалительные изменения в зоне оперативного вмешательства, что обуславливает необходимость использования этого метода в герниологии. Это дает возможность хирургам определить тактику рационального ведения больного и уменьшить риск гнойных осложнений в области послеоперационной раны.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Мелентьева, О. Н. Лечение больных с послеоперационной вентральной грыжей: ультразвуковая диагностика и хирургическая тактика: автореферат дис. ... кандидата медицинских наук. - Самара, 2010. - 22 с.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА - ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Меламед В.Д.¹, Лазаревич С.Н.², Колодзейский Я.А.²

¹-УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²-УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»

Проблема лечения тонкокишечных кровотечений актуальна, так как их топическая диагностика крайне сложна. Работ, посвященных этой проблематике, мало. Кровотечения на данном отрезке желудочно-кишечного тракта (от связки Трейца до илеоцекальной заслонки), по данным разных авторов, составляют от 1 до 4% от всех желудочно-кишечных кровотечений. Возможной этиологией является патология сосудов (ангиодисплазия; телеангиэктазия; гемангиома; артерио-венозные аномалии); язвенные поражения; применение НПВП; дивертикулы Меккеля; васкулиты; опухоли тонкого кишечника; болезнь Крона и др. Однако при массивном желудочно-кишечном кровотечении в экстренной хирургии наиболее актуальным является установление лока-